

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

1042
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques COGNEAU

Né le 28 décembre 1930, à Clichy (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 1957

LA SYPHILIS NERVEUSE SOUS SES ASPECTS ACTUELS

Président : M. DE GENNES, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : COGNEAU

Prénom : JACQUES

Date de soutenance : 9 décembre 1957

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

COGNEAU (JACQUES) — La syphilis nerveuse sous ses aspects actuels. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

COGNEAU (JACQUES) — La syphilis nerveuse sous ses aspects actuels. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

COGNEAU (JACQUES) — La syphilis nerveuse sous ses aspects actuels. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

COGNEAU (JACQUES) — La syphilis nerveuse sous ses aspects actuels. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 44 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques COGNEAU

Né le 28 décembre 1930, à Clichy (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 1957

LA SYPHILIS NERVEUSE SOUS SES ASPECTS ACTUELS

Président : M. DE GENNES, Professeur



PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastine! (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	SICARD (A.)
	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Salpêtrière
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	FÈVRE (M.)
Clinique gynécologique	MONOD (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies des enfants	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux	CHEVALLIER (P.)
Cliniques médicales	ALAJOUANINE (T.)
	Bichat
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais
	Cochin
	Hôtel-Dieu
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DE GENNES (L.)
Clinique médicale propédeutique	MOREAU (R.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BARIÉTY (M.)
Clinique de neuro-chirurgie	DEBRAY (C.)
Cliniques obstétricales	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
	Boulin
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	Baudelocque
Clinique ophtalmologique	LACOMME (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	VARANGOT (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique psychiatrique infantile	RENARD (G.)
Clinique de puériculture	AUBIN (A.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique	HEUYER (C.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	LELONG (M.)
Clinique thérapeutique médicale	COSTE (F.)
	DECHAUME (M.)
	SÉNÈQUE (J.)
	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELÈVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.	MM.
Anatomie { DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Neurologie . . . LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.)
Anatomie pathologique . . . { GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.)	Obstétrique . . . MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Bactériologie . . . { NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> CHRISTOL (D.)	Ophtalmologie . . { BRÉGEAT (P.) DESIGNES (P.)
Biochimie médicale { ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Orthopédie . . . JUDET (R.)
Biologie médicale BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino- laryngologie . . { AUBRY (M.) MADURO (R.)
Dermato- Syphiligraphie . . DUPERRAT (F.)	Parasitologie . . { BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.)
Embryologie . . . Tuchmann-Duplessis (H.)	ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.)
Histologie { COIJARD (R.) N... N...	Pathologie chirurgicale . . { FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Hydrologie . . . CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>	
Maladies infectieuses . . . BASTIN (R.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)	
Médecine du travail . . . ALBAHARY (C.)	
Neuro-chirurgie . . DAVID (M.)	Pathologie expérimentale . . { LOEPER (J.) MAURICE (P.)

	MM.		MM.
Pathologie médicale	BODIN (G.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOUVIER (J.-B.)		LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRICAIRE (H.)	Physiologie . . .	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRISSAUD (H.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CASTAIGNE (F.)		DEJOURS (P.)
	CONTE (M.)	Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEROT (M.)		GOUGEROT (L.)
	DOMART (A.)	Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)		PICHOT (P.)
	LAROCHE (C.-P.)	Psychiatrie . . .	Psychiatrie infantile
	MACREZ (Cl.)		MICHAUX (L.)
	MILLIEZ (P.)	Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
	PÉQUIGNOT (H.)		Stomatologie . .
	PERRAULT (M.)	Stomatologie . .	CERNÉA (P.)
	RAMBERT (P.)		CHAPUT (Mme A.)
	ROYER (P.)	Thérapeutique .	CHASSAGNE (P.)
	THIEFFRY (St.)		Urologie
Pédiatrie	TURIAF (J.)		KUSS (R.)
	WOLFROMM (R.)		
	N...		
	JOSEPH (R.)		
	MOZZICONACCI (P.)		
	POLONOVSKY (Cl.)		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . .	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)		
	LÉGER (L.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	PADOVANI (P.)		
Clinique médicale	ROUX (M.)	Clinique pédiatrique . . .	LAPLANE (R.)
	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
	KOURILSKY (R.)		
Clinique neurologique . .	MARCHAL (G.)		
	DE SÈZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON (A.)
 Bibliothécaires } Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 } LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Bien faible témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

*En échange des lourds sacrifices qu'ils se
sont imposés pour moi.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES

Médecin des Hôpitaux

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale de l'Hôpital Broussais

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

DE FOURMESTRAUX - FREDET - BERNIER - BANCAUD

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BRAULT - PALEY - GIBERT - HAYE

Avant-propos

Quelques chiffres situent les progrès réalisés dans la lutte anti-syphilitique systématiquement poursuivie depuis vingt-cinq ans un peu partout dans le monde et plus spécialement en France.

Aux U.S.A., à la Maison-Blanche, CHATAGNON relève les admissions suivantes pour syphilis nerveuse :

— 1949	2 %
— 1954	0 %

A la Salpêtrière, dans le service de M. ALAJOUANINE, les cas admis pour paralysie générale ont été :

— en 1951	101 cas
— » 1952	61 »
— » 1953	26 cas
— » 1954	16 »

Ce progrès, dont on ne trouve guère d'autre exemple en pathologie courante que pour la diphtérie, est dû aux réalisations obtenues par deux événements majeurs :

D'abord, l'organisation sur le plan national, depuis le lendemain de la première guerre mondiale, de la prophylaxie anti-syphilitique et du traitement systématique et prolongé de tous les malades ainsi dépistés. Ensuite, depuis la fin de la seconde guerre, l'avènement des antibiotiques.

Il ne faut pas cependant considérer la victoire comme totale. Si elle se présente sous des formes différentes de celles de jadis, la syphilis nerveuse s'observe encore. Il y a, d'une part, les malades âgés et survivants, dont la surveillance et le traitement doivent être poursuivis. Il y a, surtout, les enfants d'anciens syphilitiques, sur lesquels nos efforts doivent porter.

CHAPITRE I

Notions générales sur la syphilis nerveuse

Le rôle de la syphilis dans les maladies nerveuses avant d'occuper une place de premier plan dans la pathologie, avait été longtemps méconnu. Jusqu'au XIX^e siècle, on ne trouve dans la littérature médicale que quelques timides suppositions. Puis, au début de ce XIX^e siècle, on s'attache surtout à décrire les gommès et les lésions méningées.

C'est FOURNIER qui, vers 1860 identifie la présence du tréponème dans le tissu nerveux, et attribue de ce fait à la syphilis la paralysie générale et le tabès. Cette première phase est surtout anatomique. A peu près au même moment que FOURNIER, WIRCHOW, LANCEREAUX, HEUBNER, s'attachaient au problème.

La deuxième phase, clinique, se situe vers 1880, où FOURNIER fait admettre l'idée, non plus de la seule présence du tréponème, mais de la prédilection de la syphilis pour le système nerveux. Puis il fit sa remarquable description clinique du tabès et de la paralysie générale, malgré les critiques d'illustres adversaires, en se basant sur des observations prolongées et sur des statistiques importantes en milieu hospitalier aussi bien que dans son activité privée. Le tableau clinique qu'il traça de la syphilis nerveuse était si complet que les publications ultérieures n'ont rien ajouté que l'on puisse qualifier d'essentiel.

Il eut enfin le mérite de prouver que le problème du pronostic résidait dans la précocité et dans la persistance du traitement.

Vers 1893, NAGEOTTE confirma sur le plan histologique les conceptions de FOURNIER, en montrant à la fois l'importance et les caractères spéciaux de la méningite qui accompagne la plupart des processus syphilitiques touchant le système nerveux, qu'ils soient héréditaires ou secondaires à une syphilis acquise.

La troisième étape fut marquée par l'identification du parasite de la syphilis par SCHAUDINN et HOFFMANN, qui apportait une démonstration décisive de la nature de ces lésions. Les premières constatations de spirochètes dans la méningite de deux hérédosyphilitiques furent faites par RAVANT et PONSELLE (1906), puis, par RENDA (1908), SEZARY (1910), qui l'identifièrent dans les vaisseaux cérébraux et dans la moelle des tabétiques.

Si ces faits confirmaient les travaux de FOURNIER, ils les clôturaient définitivement en prouvant que la parasymphilie était, en réalité de la syphilis vraie. Et que, si variés que soient les aspects cliniques, la syphilis nerveuse n'a qu'une origine commune : le spirochète.

L'œuvre de FOURNIER recevait ainsi sa consécration par l'histologie, puis par la bactériologie.

Et c'est, en 1900, qu'avec le cyto-diagnostic apparut une nouvelle méthode d'investigation qui, bien souvent, allait permettre de constater des faits que la clinique seule ne parvenait pas à traduire. WIDAL et RAVANT mettaient ainsi en évidence les réactions cellulaires des divers liquides de l'organisme, en établissant leurs rapports avec les lésions anatomiques. SICARD appliqua alors la méthode au liquide céphalo-rachidien et constata que la plupart des atteintes du système nerveux venaient se refléter en son sein. L'exploration du système nerveux par l'analyse du liquide céphalo-rachidien devint alors de pratique courante. On vit que le tabès, les myélites et les autres processus syphilitiques s'accompagnaient de réactions cellulaires du liquide céphalo-rachidien. Et ceci non seulement dans les cas évidents tels que le tabès, mais aussi chez certains malades qui ne présentaient pas de symptômes nerveux apparents et dont les réactions restaient latentes. WIDAL et RAVANT montrèrent que ces atteintes nerveuses latentes se rencontraient à l'analyse du liquide céphalo-rachidien dans 60 % des syphilis secondaires, établissant ainsi la notion capitale de la « période préclinique de la syphilis nerveuse ». La plupart des syphilis nerveuses sont, en effet, précédées de réactions du liquide céphalo-rachidien. Il peut même arriver que l'évolution s'arrête à ce stade sans jamais se révéler par des signes cliniques. A plus forte raison quand l'analyse faisait prendre la décision d'un traitement spécifique.

D'où le nouveau chapitre des *syphilis latentes* (qui rentre dans le cadre des maladies inapparentes de Charles NICOLLE) et la généralisation bienfaisante des méthodes de dépistage précoce et de traitement précoce, qui sont à coup sûr la cause principale de la régression de la maladie, à laquelle nous assistons aujourd'hui.

Cette conception donna même lieu à quelques excès. Pendant toute la période qui s'étend de 1900 à 1940, la syphilis résumait pour un grand nombre de médecins, et des plus éminents, la quasi totalité des maladies du système nerveux avant la soixantaine. Et quand on n'arrivait pas à la démontrer, l'hérédo-syphilis avait bon dos!

Un mouvement inverse se manifeste, lui aussi peut-être avec quelque exagération, depuis dix ans. Surtout depuis l'avènement des antibiotiques. Il est certain qu'on ne rencontre plus qu'exceptionnellement le tabès et la paralysie générale, en tout cas dans leur forme classique. Une statistique récente montre que la mortalité par tabès ou paralysie générale est tombée, à la Salpêtrière, de 1300 en 1930, à 270 en 1952, et, à l'Hôpital Saint-Antoine, la morbidité, de 80 % (RAVANT).

Les progrès de la thérapeutique ont eu la part prédominante dans cette régression. Tant que l'on eut comme arme que le mercure sous forme de pilules ou d'onguent gris, les aspects cliniques de la maladie se multiplièrent. Les arsénobenzènes d'Erlich constituèrent un premier coup de frein. Puis ce furent les arsenicaux trivalents, le cyanure de mercure par voie intraveineuse, le bismuth et, pour ce qui concerne la paralysie générale, l'impaludation. Enfin, la pénicilline, qui, malgré les nouveaux antibiotiques qui l'ont dépassée dans d'autres domaines, semble la médication de choix dans la syphilis sous toutes ses formes.

* *

A ces procédés de dépistage précoce, il faut désormais faire une place importante à l'*encéphalographie gazeuse*, qui permet d'étudier la cytologie rachidienne et péricérébrale. Une étude faite à l'hôpital Saint-Antoine a montré à M. G. BOUDIN que cette technique met en évidence la réalité de l'atrophie cérébrale de façon constante : 27 fois sur 27 cas.

CHAPITRE II

Les formes méningées de l'hérédo-syphilis

I. — DEFINITION

Sous le terme : méningite hérédo-syphilitique, la littérature médicale englobe des faits bien différents.

NOBECOURT et BABONNEIX, dans leur « Traité de Médecine des Enfants », en excluent la simple réaction méningée, d'une constance presque absolue dans la « luès » qui consiste en modifications du liquide céphalo-rachidien, mais cela sans aucun symptôme méningé.

Ces réactions méningées sont essentiellement une légère albuminose et une lymphocytose variable.

Tandis que la méningite vraie s'accompagne de symptômes nets.

Mais tous les termes de passage entre cette simple réaction méningée et la méningite à symptômes nets, existent en pratique, et rendent le diagnostic difficile.

De même la formule du liquide céphalo-rachidien et ses caractéristiques chimiques sont souvent disproportionnées avec l'intensité ou la bénignité apparente du tableau clinique.

Tel malade sans raideur méningée a un liquide céphalo-rachidien louche, tel autre qui présent un tableau inquiétant de méningite aiguë a un liquide céphalo-rachidien sensiblement normal. Il semble donc illusoire d'établir une barrière entre ces cas extrêmes.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

HUTINEL observe que les lésions méningées hérédospécifiques ont de grandes analogies avec celles de la syphilis acquise, mais qu'il n'y a pas identité.

Chez l'enfant, ce sont essentiellement des *vascularites*. La pie-mère est une membrane vasculaire et les vaisseaux vecteurs sont les premiers atteints; puis les lésions gagnent la dentelle conjonctive qui les unit, sur les centres encéphaliques et médullaires.

Chez le nourrisson, où la masse encéphalique n'est qu'une sorte de « crème rosée où se développent et mûrissent des éléments nerveux en pleine croissance », les lésions par arrêt de développement laisseront des traces profondes.

Chez l'adulte, on constate : des gommés méningées, une infiltration gommeuse diffuse, des méningites scléreuses, prédominant à la base, avec adhérences au cortex, et parfois des zones de pachyméningite.

On retrouve même quelquefois le tréponème (PAHR).

MONNIER-VINARD et BRUNEL en ont rapporté un cas typique à la Société de Neurologie (6 février 1941), où les tréponèmes étaient relativement abondants. Mais il est assez rare de pouvoir les identifier et les observations où on note leur présence sont l'exception.

Ces constatations nécropsiques chez l'enfant, sont de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on s'adresse à des enfants plus jeunes.

* *

COMPARAISON ENTRE L'ENFANT ET L'ADULTE

Il n'y a pas à proprement parler de barrière entre syphilis héréditaire précoce et syphilis héréditaire tardive. Mais plutôt des manifestations précoces liées à la syphilis secondaire et des manifestations tardives qui relèvent de la syphilis tertiaire.

Essayons de dresser un tableau comparatif :

A) CHEZ L'ADULTE

La méningite syphilitique survient surtout au cours de la période secondaire, elle est soit nettement caractérisée cliniquement par un syndrome méningé, soit latente, révélée par la ponction lombaire, (méningite histologique, de SEZARY), et trois syphilitiques sur quatre la font.

Mais en clinique, tous les intermédiaires existent entre cette méningite histologique et la méningite aiguë.

Or, cette forme aiguë simule la méningite tuberculeuse, ou la lymphocytaire curable, ou celle de l'encéphalite épidémique, lorsque les lymphocytes prédominent dans le liquide céphalo-rachidien, ou la méningite cérébro-spinale et les puriformes, lorsque la ponction lombaire ramène un liquide plus ou moins trouble.

Les signes méningés sont, d'une manière générale, rarement très nets, comme dans la méningite aiguë épidémique. plus souvent, ils sont estompés irrégulièrement : la céphalée est le plus constant de tous, tenace, diffuse, à exacerbation nocturne; elle n'est calmée que par le traitement spécifique, et rebelle aux usuels sédatifs.

Les paralysies parcellaires sont communes, avec prédominance de l'atteinte des nerfs crâniens (où l'on peut invoquer la prédominance des lésions méningées à la base du crâne). La septième, sixième, quatrième et troisième paires sont les plus fréquemment touchées. d'où les paralysies faciales. Les diplopies, le strabisme divergent; les troubles du pouls et de la respiration sont peu accusés. Il n'y a pas de fièvre.

Les méningites aiguës tertiaires ont été prouvées, mais elles sont rares et leur diagnostic difficile, ce qui est d'autant plus fâcheux qu'elles sont particulièrement graves.

Enfin, rentre dans ce groupe : le méningo-tropisme syphilo-thérapeutique (ou neurotropisme) observé au cours de cures novarsinicales intenses, et qui jusqu'ici n'a été observé que chez l'adulte.

B) CHEZ L'ENFANT

Chez l'enfant hérédo-syphilitique, on peut retrouver toutes les formes que nous venons de décrire.

Mais il ne saurait y avoir de parallélisme absolu entre les méningites syphilitiques acquises de l'adulte et celles de l'enfant.

Chez l'enfant, on ne peut dater le début de l'infection comme chez l'adulte, où l'on retrouve la date du chancre, et l'évolution des accidents secondaires.

L'enfant entre, dit-on, d'emblée dans la phase septicémique, dans la phase secondaire, soit in-utéro soit extra-utéro, dans les premiers mois qui suivent sa naissance, mais, fait très important, qui semble plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, la phase secondaire peut passer complètement inaperçue. Puis, il passe à la période tertiaire qui persiste pendant toute l'enfance et après elle.

Chez le nourrisson hérédo-syphilitique, cliniquement les signes sont plus difficiles à interpréter, en raison de l'ignorance des signes subjectifs et les réactions différentes de son organisme sous l'atteinte de la maladie.

On connaît la fréquence des réactions méningées syphilitiques au cours des manifestations cutanées et muqueuses de la luës. On invoque là, la communauté d'origine ectodermique des tissus nerveux et cutanés — peu importe d'ailleurs. Mais ces états particuliers du nourrisson hérédo-syphilitique se sont raréfiés. Le diagnostic étiologique de telles méningites est facile. Il est plus fréquent de se trouver en présence de méningite latente.

RAVAUT, après les études de TOEBLER sur le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien, examina systématiquement le liquide céphalo-rachidien de 28 hérédo-syphilitiques de quelques jours à un an. Dans huit cas, il trouva un liquide céphalo-rachidien normal; dans les vingt autres cas, il y eut :

- 3 réactions « discrètes », 3 à 6 lymphos par champ.
- 8 réactions « moyennes », 7 à 20 lymphos »
- 9 réactions « fortes », plus de 20 lymphos »

L'âge ne permet pas de dire si l'on doit s'attendre à des manifestations secondaires ou tertiaires, sauf dans le cas d'un nourrisson qui présente des lésions cutanées ou muqueuses.

Mais pour les autres cas, et ils constituent une large majorité, il faut admettre :

Soit qu'ils naissent avec une syphilis secondaire latente ou une syphilis tertiaire (ou même quaternaire!);

Soit que la maladie ne soit atténuée spontanément;

Soit que les parents, ou la mère seulement, aient subi un traitement anti-syphilitique.

En réalité, chez l'enfant, toutes les formes de méningites syphilitiques peuvent s'observer à n'importe quel âge.

* *

Ces manifestations nerveuses de l'hérédo-syphilis sont d'une grande fréquence.

WHITE et VEEDER, sur 443 cas d'hérédo-syphilis, constatent 17,8 % d'atteinte nerveuse et 61 cas où le B.W. était positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Les pédiatres français : HUTINEL, NOBECOURT, COMBY, APERT, VARIOT, estimaient qu'en France la proportion était moins élevée.

Cependant, LEREDDE, en 1923, était d'une opinion opposée et s'exprimait ainsi :

« Suivant FOURNIER, un enfant né de parents syphilitiques et qui n'a pas d'accidents spécifiques est un enfant sain. Un enfant qui présente des stigmates dystrophiques, sans accidents spécifiques n'est pas infecté, c'est un para-hérédo-syphilitique; des héréditaires de deuxième génération, de même sont atteints d'accidents d'origine mais non de nature syphilitique.

En pratique, le diagnostic de l'infection congénitale se réduit à la recherche des accidents spécifiques. Il est inutile d'autre part, de traiter des enfants nés de parents syphilitiques qui n'en présentent pas à la première génération et aux suivantes.

Or, il existe une infection latente, congénitale, parfois virulente, très souvent atténuée (crypto-syphilis) sans signes cliniques, sans

signes de valeur spécifique, qui se rencontre normalement chez tous les enfants nés de femmes syphilitiques, quel que soit leur état de santé apparent, chez ceux qui présentent des stigmates dystrophiques et chez les autres.

Cette crypto-syphilis est d'une fréquence invraisemblable.

Les morts dues à la syphilis de l'enfant, ignorées des statistiques officielles sont attribuées par celles-ci à des causes multiples dont les principales sont la gastro-entérite, la débilité congénitale, la méningite et les convulsions.

Puis, il cite l'observation de 152 femmes syphilitiques ayant mis au monde 506 enfants, dont 145 meurent en bas âge, et, dans 40 cas, la mère invoquait méningite ou convulsions. LEREDDE en déduit l'extraordinaire fréquence de la méningite syphilitique et non pas la méningite latente connue de tous, mais la méningite subaiguë mortelle, analogue à la méningite tuberculeuse.

Chez les syphilitiques acquis, l'infection méningée est constante au début de l'infection et il en est à peu près certainement de même chez les héréditaires, nouvel argument sur la fréquence de celle-ci.

La méningite tuberculeuse est sans doute responsable de la mort d'un certain nombre d'hérédos (nous retrouvons là, la notion de méiopragie méningée).

D'après des recherches personnelles, la méningite chez les hérédosyphilitiques reste fréquente à la seconde génération. »

Mais aux arguments de LEREDDE, on peut opposer que les diagnostics de méningites et de convulsions invoqués, sont des diagnostics de statistiques officielles et que, par conséquent, on ne peut pas, d'une façon absolue, se fier à leur véracité.

Pratiquement, on peut conclure en disant que, en présence de symptômes ou de convulsions chez un nourrisson de moins de quatre mois, il faut toujours penser à l'hérédosyphilis. Et HUTINEL, type du bon-sens, disait chaque jour dans son enseignement que, en cas de doute, il fallait toujours appliquer le traitement mercuriel, qui ne présentait que des avantages et aucun danger, alors que l'abstention en cas d'erreur ou de doute pouvait laisser évoluer une hérédosyphilis méconnue.

Plus récemment, DEBRÉ estime que les méningites proprement syphilitiques sont plus rares qu'on ne le croit « parce qu'il y a beaucoup d'encéphalites qui sont dues à des virus encore inconnus et qui donnent lieu à des syndromes méningés comparables. »

En effet, la guérison de certains de ces syndromes sous l'influence d'un traitement spécifique n'exclut pas la possibilité d'une encéphalite guérissant spontanément.

En résumé, les méningites hérédosyphilitiques sont considérées comme rares, et il est curieux de constater qu'il faut y penser toujours pour s'attendre à les rencontrer rarement.

L'intérêt de leur diagnostic est en tout cas indiscutable, puisqu'il comporte une thérapeutique active et efficace, transformant radicalement le pronostic le plus souvent redoutable de cette affection.

CHAPITRE III

Les manifestations cliniques

I. — FORMES SIMULANT LA MENINGITE TUBERCULEUSE

C'est FOURNIER qui, le premier, la reconnut et préconisa le traitement spécifique systématique dans les méningites tuberculeuses, méthode que le Professeur HUTINEL conseilla au cours de toute sa longue carrière. Or, à cette époque, on n'avait pas à sa disposition tous les éléments de laboratoire qui, aujourd'hui, permettent d'affirmer la nature tuberculeuse ou syphilitique d'une méningite.

Malgré cela deux raisons continuent à imposer encore ce traitement comme autrefois :

D'abord, on hésite, en l'absence de la constatation du bacille de Koch, à porter un diagnostic qui équivaut à une condamnation à mort, et si, par hasard, il s'agit de méningite syphilitique, c'est le seul moyen de sauver l'enfant.

Ensuite, le traitement spécifique ne saurait changer en rien le cours d'une méningite tuberculeuse ou aiguë lymphocytaire, ni à plus forte raison lui être nocive.

Aussi est-il d'usage d'attaquer par un traitement intense et d'emblée. Et par cette technique en apparence non justifiée, on obtient, rarement mais incontestablement, des miracles, dans les cas où le diagnostic de méningite tuberculeuse était erroné.

L'hérédo-syphilitique fait-il plus que les autres enfants des méningites tuberculeuses? Cette opinion, qui fit l'objet de longues discussions, n'est pas démontrée, et les méningites tardives sont rares.



Une forme qui rentre dans ce cadre est le type : *méningite puriforme aseptique* ou *méningite syphilitique puriforme*.

Elle se définit comme une méningite à liquide louche ou franchement purulent, qui contient des polynucléaires en forte proportion.

Ces formes sont fréquentes chez l'enfant et relèvent de diverses étiologies. Elles sont le plus souvent consécutives à un foyer de voisinage, ce qui explique leur fréquence dans les services d'oto-rhino-laryngologie.

On les rencontre aussi au cours de la grippe et de la pneumonie, après une insolation ou une intoxication grave, et même au cours d'une ascaridiase.

Par contre, les réactions méningées des encéphalites et des maladies infectieuses de l'enfance (rougeole, coqueluche, vaccine), ne sont jamais à liquide puriforme aseptique.

Dans la syphilis acquise de l'adulte, au contraire, la méningite puriforme aseptique est bien connue depuis les observations publiées par Fernand WIDAL et ses élèves.

On la rencontre aussi dans la syphilis secondaire et tertiaire (LECHELLE). On peut en décrire comme suit le tableau clinique :

Dans l'ensemble, les signes méningés sont nets, facilement décelables et frappent dès l'abord du malade. Ils n'ont pas néanmoins l'acuité des signes des méningites aiguës.

Les signes des lésions parenchymateuses cérébrales ou médullaires sont discrets ou manquent souvent complètement : il ne semble pas qu'un foyer parenchymateux soit nécessaire.

Les signes généraux sont peu accusés, la température ne dépasse guère 38°5, pas d'altération du faciès ou de l'état général.

Cependant, malgré ces signes rassurants, la nécessité d'un traitement actif et prolongé malgré son efficacité immédiate s'impose, car la majorité des auteurs pensent que ces formes sont particulièrement graves. Il semble logique d'admettre, en effet, qu'une réaction méningée aussi marquée prédispose pour l'avenir, ces malades, aux accidents ultérieurs de la syphilis nerveuse.

II. — FORMES MALIGNES

Sous ce titre, on groupe un certain nombre de cas disparates, qui ont pour lien commun l'évolution fatale.

On les rencontre aussi bien chez l'adulte (PISSACRY, MONNIER-VINARD), que chez l'enfant.

Dans les observations concernant l'adulte, on trouve à l'autopsie des lésions de méningite où fourmille le tréponème, une grosse dilatation ventriculaire, un épaississement par endroits de la pie-mère avec gonflement des espaces interlamellaires, endo et meso-vascularite. On trouve parfois des gommés, de volume microscopique, mais incontestables histologiquement.

Chez l'enfant, l'évolution vers la mort est très rapide, parfois en moins d'une semaine (LAVERGNE).

En voici une observation publiée par CASSOUTTE à la Société de Pédiatrie en 1934 :

« Il s'agit d'une fillette de deux ans, prise de fièvre élevée, avec troubles digestifs. La nuit est mauvaise, l'enfant est agitée, avec des « secousses nerveuses »; puis la raideur apparut.

L'examen montre la raideur de la nuque, la contraction des quatre membres, les inférieurs en hyperextension, les supérieurs en demi-flexion.

Ils sont agités de secousses musculaires. Les pupilles ont une légère mydriase et réagissent à peine à la lumière. L'état général paraît très atteint. L'enfant est à peu près sans connaissance. La température est élevée, à 39°.

La ponction lombaire ramène 25 cm³ de liquide clair, qui fut remplacé par 25 cm³ de sérum antiméningo, les signes méningés augmentent d'intensité dans l'après-midi et la mort survint dans la nuit après quelques convulsions.

Liquide céphalo-rachidien : albumine 0,35, monocytes 20, pas de poly. Wassermann très fortement positif.

Le père nie tout antécédent spécifique. La mère eut un accident spécifique à l'âge de dix-sept ans, traité par injections intra-veineuses, trois séries de traitement arsénobenzolique dont une au

début de la grossesse. L'enfant était née à terme dans de bonnes conditions. »

Donc une évolution suraiguë en quatre jours, avant tout traitement spécifique.

D'autres fois, la phase aiguë est précédée par une période prodromique qui peut s'étendre sur trois ou quatre semaines (cas de MARQUEZY), pendant laquelle on observe des modifications du caractère, de l'anorexie, quelques vomissements. Puis le coma méningé apparaît brusquement, et l'évolution est alors très rapide, vers la mort.

Le traitement, dans ces formes quasi-foudroyantes, s'avère inefficace.

En résumé, les facteurs qui constituent la gravité exceptionnelle de ces formes sont :

- l'âge (moins de deux ans);
- l'intensité et la persistance des réactions sérologiques du liquide céphalo-rachidien;
- les lésions viscérales associées;
- le retard du traitement et son inefficacité.

III. — FORMES MENTALES

Chez l'adulte, les formes mentales de la méningite syphilitique sont bien connues, en dehors de la paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale.

Elles consistent en troubles mentaux d'aspect essentiel, mais en relation avec une poussée méningitique aiguë confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Le Professeur POROT, en 1927, étudia les psychoses syphilitiques à base confusionnelle et proposa, pour pathogénie, soit l'action directe de la toxi-infection durant la période secondaire ou tertiaire, soit l'action indirecte par insuffisance viscérale (hépatique ou rénale).

LAUBIE, en 1931, établit de façon absolue l'existence et l'indépendance des méningites syphilitiques aiguës à forme mentale.

La confusion mentale forme le fond symptomatique de ces troubles.

Tantôt ils coexistent avec les manifestations de la syphilis secondaire, tantôt ces manifestations manquent, ou encore il s'agit de syphilis tertiaire méconnue et seuls les examens du liquide céphalo-rachidien montrent l'origine de ces troubles.

A priori, rien ne s'oppose à ce que de tels faits s'extrapolent chez l'enfant. En réalité, il y a davantage arriération mentale et arrêt de développement psychique, symptômes si courants chez les hérédo-syphilitiques, que de troubles mentaux qui n'apparaîtraient que dans la seconde enfance et l'adolescence ou même, dans les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis, à l'âge adulte.

Chez l'enfant on ne trouve pas d'observation de forme mentale de la méningite syphilitique, où la régression des troubles mentaux sous l'influence du traitement s'effectue parallèlement au syndrome méningé humoral.

Par contre nous insisterons particulièrement sur ce fait que les méningites hérédo-syphilitiques de l'enfance sont souvent le prélude d'une paralysie générale qui apparaîtra plusieurs années plus tard.

Aussi peut-on dire qu'en présence d'une méningite hérédo-syphilitique, surtout si la réaction humorale résiste au traitement, ou se négative difficilement, ou encore redevient positive après quelques mois, il faut craindre l'apparition d'une paralysie générale dans les années qui suivent.

IV. — FORMES TARDIVES

Nous ne signalerons que les formes très tardives.

Elles sont très rares, mais elles existent sans conteste. A un âge quelconque, dit heredde, la crypto-syphilis peut se démasquer. Il est évident qu'alors les chances d'avoir affaire à une syphilis acquise sont extrêmement plus nombreuses.

FOURNIER fixait à 28 ans l'âge extrême où se manifeste l'hérédo-syphilis.

Et pourtant on peut relever trois observations qui montrent que cet âge peut être largement dépassé.

La première : 37 ans, est due à MM. G. ETIENNE, L. MATHIEU et VERAIM.

La seconde, 33 ans, à M. FAURE-BEAULIEU.

La troisième, due à MM. TRÉMOLLIÈRES, TARDIEU et VERAN, se rapporte à une pseudo-hermaphrodite, qui guérit après un traitement prolongé au cyanure de mercure. Les réactions biologiques furent constamment négatives.

Le diagnostic étiologique de tels syndromes méningés est, on le conçoit, très difficile. L'argument thérapeutique s'impose. Les dystrophies osseuses et dentaires, plus que les réactions sérologiques, prennent également une grande valeur.

* *

Signalons enfin la forme « avec myotrophie », très rare et dont on ne connaît que quelques observations isolées, comme celle du Professeur POROT.

V. — FORMES LOCALISEES

Elles comprennent ces formes cliniques qui n'ont d'autres liens que la prédominance d'un symptôme sensoriel ou moteur, ou autre, qui leur donne une physionomie particulière.

La plupart relèvent d'un processus chronique, d'emblée, ou secondairement chronique à un épisode aigu.

L'anatomie pathologique nous a montré que les lésions sont souvent localisées, ou prédominent à la base, d'où la multiplicité des formes cliniques, selon que les symptômes relèvent d'une atteinte de l'étage antérieur du chiasma, de la région infundibulaire, des pédoncules, de la protubérance ou du bulbe.

Dans cet ensemble disparate, on peut retenir comme formes les plus fréquentes :

a) ACCIDENTS OCULAIRES.

BABONNEIX a étudié en particulier l'atrophie optique liée à une méningite héredo-syphilitique de la base (Arch. de Méd. des enfants). Certes, l'atrophie peut avoir comme cause une méningite syphilitique de la base plus ou moins latente, prolongeant ses lésions inflammatoires par la gaine du nerf, inflammatoire ou dégénérative. La méningite syphilitique semble plus fréquente. Les observations rapportées par BABONNEIX dans son mémoire ne peuvent être toutes reproduites. Nous résumons l'une d'elle :

« Roger, dix ans, a présenté à trois ans une réaction méningée ayant duré trois semaines, s'étant reproduite à quatre ans et demi.

Lorsque celle-ci a été terminée, l'entourage s'est aperçu que l'enfant ne voyait plus très clair.

L'examen révèle une hémiplégie infantile et une atrophie optique qui, au cours d'examens répétés, se révéla évolutive malgré le traitement ».

BABONNEIX estime que cette atrophie optique est liée à la méningite chronique, constante dans la neuro-syphilis héréditaire, et qu'il faut y rattacher la plupart de ces atrophies optiques observées au cours de l'héredo-syphilis.

Il insiste sur leur gravité, et sur ce fait que les signes méningés sont parfois réduits au minimum malgré de grosses modifications du liquide céphalo-rachidien.

b) FORMES AVEC NARCOLEPSIE.

Il s'agit ici plutôt de méningo-encéphalite que de méningite pure. Les observations de ce genre concernent uniquement des *adultes*.

c) MENINGITE SUBAIGUE A FORME ÉMÉTISANTE. (WELL et LEPAGE).

En voici une observation due au Professeur POROT :

« Léonie, vingt-quatre ans.

Père : accident primitif avant son mariage.

Mère : bien portante, une fausse couche, et cette enfant.

A l'âge de deux mois et demi, l'enfant a présenté des phénomènes encéphalo-méningés, convulsions et fièvre, suivies d'hydrocéphalie et hémiparésie droite.

Entre trois et quatre ans, elle perd successivement l'ouïe du côté droit et du côté gauche. Retard de la marche : quatre ans.

A quatorze ans, elle fut placée à l'école des sourds-muets. Elle fit plusieurs fois des troubles de la santé générale qui furent traités par la médication antisiphilitique ».

Mais cette issue relativement favorable n'est pas la règle. Le Professeur MARFAN cite quelques cas relevés dans son service qui se sont terminés par la mort.

Cette dernière forme s'observe aussi à la suite de la méningite cérébro-spinale. En l'absence de celle-ci, et en présence d'un tel tableau clinique, il faut toujours penser à l'hérédo-syphilis et entreprendre un traitement mixte (mercure et arsenicaux) dont on connaît quelques cas de succès.

Eléments du diagnostic

Le problème revient en somme à discuter le diagnostic des méningites chez l'hérédo-syphilitique. Devant ce problème que les exemples que nous avons donnés démontrent difficile, il faut envisager les différentes situations qui se présentent en clinique.

I. — CHEZ UN MÉNINGITIQUE, ON TROUVE DES SIGNES EN FAVEUR DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS.

a) *Celle-ci est évidente :*

- du fait de la présence de lésions cutanées ou muqueuses ;
- ou parce que l'examen du squelette révèle une pseudo-paralysie de Parot, des ostéo-chondrites, des périostites, des lésions des os du crâne ou de la face (des malformations dentaires s'il s'agit d'enfants plus âgés).

b) *Elle n'est que soupçonnée :*

L'attention est retenue par l'existence de malformations congénitales, d'altérations dentaires ou encéphaliques (hémi et diplégie), de syndromes endocriniens, sensoriels (surtout oculaires), de lésions viscérales diverses (hépatite, splénite).

c) *On la découvre par hasard en examinant le sujet pour d'autres raisons :* existence de réactions sérologiques positives dans le sang ou dans le L.C.R.

Etant bien entendu que l'interprétation des résultats du laboratoire doit être serrée de près, car on sait que le B.W. peut être

positif en dehors de toute syphilis, comme l'ont montré CLOVIS VINCENT dans certaines tumeurs cérébrales, et GUY LAROCHE dans un cas de méningite tuberculeuse.

Dans l'encéphalite épidémique, on a également signalé un B.W. positif, ainsi que dans la méningite lymphocytaire curable (LAUBRY et PARVU).

Ces cas sont bien sûr des exceptions. Mais comme la méningite hérédo-syphilitique est, elle aussi, une exception, on est bien obligé d'en tenir compte dans les causes d'erreur.

La même observation a été faite par LECHÉLIE et MOUQUIN pour ce qui concerne la réaction au benjoin colloïdal.

- d) *Un B.W. positif dans le sang en même temps que dans le L.C.R.* est un argument de très grande valeur, malheureusement très inconstant. Enfin, la recherche de la syphilis des parents ou grands-parents est parfois couronnée de succès.

II. — L'HÉRÉDO-SYPHILITIQUE PEUT FAIRE UNE MÉNINGITE OU UNE RÉACTION MÉNINGÉE AVEC UN GERME OU UN VIRUS QUELCONQUE.

C'est là encore une cause d'erreur possible à laquelle HUTINEL attachait une grande importance.

L'hérédo-syphilitique peut faire des méningites non syphilitiques, avec lymphocytose du L.C.R.

Au premier plan de ces cas, se place la méningite tuberculeuse, dont les symptômes présentent avec la méningite syphilitique tant d'analogie que le diagnostic est des plus difficiles et cliniquement impossible.

Seul l'examen fouillé du culot de centrifugation du L.C.R. peut permettre de retrouver le B.K. dans la majorité des cas. Si on ne parvient pas à l'identifier, les inoculations au cobaye et les cultures sur milieu de Loewenstein apportent la preuve, mais trop tardivement.

— Les formes méningées de la poliomyélite antérieure aiguë peuvent prêter à confusion (HEUYER et Mlle BACH).

— La discrimination est également parfois impossible avec les formes méningées de l'encéphalite épidémique, et les méningites herpétiques — avec les méningites ourliennes, lorsque les tuméfactions parotidiennes ou la notion d'épidémiologie manquent.

— La méningite zostérienne peut être diagnostiquée sur la coexistence de l'éruption — et dans la méningite des leptospiroses, les circonstances étiologiques sont apparentes : bains de rivière en été, contact avec les rats — de même pour l'ascaris.

Le diagnostic est également assez facile quand la méningite est provoquée par une infection de voisinage (otite, mastoïdite) ou s'il s'agit de méningocoque.

— La méningite lymphocytaire bénigne est peut-être une des éventualités les plus fréquentes à envisager.

Cliniquement, le début est très brusque et les signes méningés sont d'emblée très accusés (céphalée, raideur de la nuque, Kernig). Les phénomènes oculaires sont exceptionnels et les nerfs crâniens ne sont pas touchés, ou le sont rarement.

Le tout s'accompagne de signes d'infection générale, de troubles digestifs, de frissons, de fièvre (ne dépassant pas 39° en règle). Le pouls est dissocié. La ponction lombaire a un effet thérapeutique évident sur les signes méningés et sur la courbe thermique.

III. — DANS LES FORMES LOCALISÉES.

un diagnostic important est celui de tumeur cérébrale, en raison des sanctions opératoires qui s'imposent.

Or la syphilis peut elle-même, par gommès, par exostose, par anévrisme, ou par lésion méningée, provoquer un tableau clinique très comparable à celui d'une tumeur maligne.

C'est l'épreuve du traitement qui permet en général de lever le doute.

EN RÉSUMÉ :

On doit, dans une observation de méningite hérédo-syphilitique :

— Mettre en évidence l'existence des stigmates de syphilis héréditaire des antécédents paternels ou maternels, ou des grands-parents (recherches sérologiques, sang et L.C.R.).

— Vérifier qu'il ne s'agit pas de syphilis acquise de l'enfant.

— Faire une cuti-réaction à la tuberculine, ou une intra-dermo, ou une percuti et faire un examen pulmonaire, rechercher la contagion possible.

— Rechercher les signes pouvant faire penser soit à la poliomyélite, soit à l'encéphalite.

— Rechercher en Algérie le typhus exanthématique, le typhus récurrent, la malaria, pouvant eux aussi donner des réactions méningées.

— Penser aussi à la spirochétose,

— Aux manifestations d'anaphylaxie, à un traumatisme crânien récent.

— Scruter les cavités de la face, à la recherche d'un foyer d'infection.

— Examiner les parotides.

— Rechercher les parasites intestinaux (ascaris), les éruptions cutanées, herpès, zona.

— Faire un examen du système nerveux à la recherche d'une lésion infectieuse localisée, d'un foyer de désintégration plus ou moins latent.

— Enfin, la ponction lombaire et l'épreuve du traitement confirmeront l'origine syphilitique ou non du syndrome.

CHAPITRE V

Les traitements actuels de la syphilis nerveuse

Le choix et la conduite du traitement sont souvent délicats. Il s'agit d'une part de négativer les réactions sérologiques et, d'autre part, de combattre les manifestations cliniques.

Les résultats sont souvent décevants. Tels sont les cas de l'amaurose tabétique, des grandes arthropathies, des grosses détériorations mentales chez un paralytique général.

La règle est qu'il faut traiter activement tous les cas où la sérologie est positive et tous les cas où la maladie semble encore en évolution. Mais lorsqu'on est en présence d'un très ancien tabétique, aux réactions sérologiques totalement négatives, l'abstention peut se défendre, l'opportunité d'un traitement peut se discuter. Mais ces cas se présentent assez rarement.

Cinq méthodes résument actuellement l'arsenal thérapeutique de la syphilis nerveuse :

1. *La Pénicilline*, applicable à tous les stades de la syphilis. BOUDIN, dans la syphilis nerveuse, conseille de faire, par voie intramusculaire, un million d'unités par jour, pendant 15 à 30 jours consécutifs. Il commence par 300.000 unités le 1^{er} jour pour arriver au million le 4^{me} jour.

La pénicilline-retard (pénicilline-procaïne dans un gel au monostéarate d'aluminium) à la dose de 600.000 unités tous les deux jours, répétée 15 à 18 fois, est préférée par certains auteurs à la pénicilline ordinaire parce qu'elle évite la répartition de cette dernière chaque jour et en deux fois 500.000 par jour, asservissement pénible pour les malades qui travaillent.

2. *Le Stovarsol sodique*, en injections intramusculaires, trois injections de 1 gramme par semaine. Mais cette médication, comme tous les arsenicaux polyvalents, est toxique pour le nerf optique.

3. *La malariathérapie* (ou impaludation) qui n'est guère applicable qu'en milieu hospitalier et qui s'adresse plus spécialement à la paralysie générale. On conserve la souche transmise de malade à malade. Les grands accès palustres apparaissent après une période latente de huit à douze jours. On laisse le malade faire une douzaine d'accès, qui se déroulent selon le rythme de la fièvre tierce, si son état général le permet. Il faut se garder de lui donner pendant ce temps quinine ou aspirine. Lorsqu'on veut les arrêter, 1 gramme de quinine par jour y parvient facilement en quelques jours.

4. *Le cyanure de mercure* par voie intraveineuse à la dose de 1 centigramme par piqure. Des séries de 50 à 100 injections quotidiennes, à condition d'espacer de deux ou trois jours les six premières, sont généralement bien tolérées.

5. *Le Bismuth*, mais celui-ci tend à être abandonné dans la syphilis nerveuse car il est inefficace dans la paralysie générale et peut être à l'origine de douleurs fulgurantes chez les tabétiques.

* *

D'une façon générale :

La pénicilline est indiquée dans tous les cas de syphilis nerveuse. Les accidents graves qu'elle peut provoquer sont exceptionnels. M. BOUDIN conseille les séries de 25 à 30 millions d'unités, séparées par des repos de trois mois. Le traitement est poursuivi jusqu'à négativation complète de la sérologie.

L'indication dans la suite d'un traitement d'entretien est question individuelle.

La malariathérapie est essentiellement destinée à la paralysie générale.

Les autres médications constituent, depuis que les deux méthodes ci-dessus sont au point, des traitements complémentaires ou de consolidation.

Ces notions générales ainsi résumées, le traitement actuel de la syphilis nerveuse (dont les formes méningées sont de beaucoup les plus fréquentes) se présentent dans trois cas différents.

1° Faire avorter une syphilis à son début;

2° Mettre à l'abri d'une syphilis tardive;

3° Traiter une syphilis ancienne : paralysie générale, tabès, aortite.

I. — TRAITEMENT ABORTIF

a) TRAITEMENT LOCAL :

L'ablation chirurgicale du point d'inoculation n'aurait de chances de succès que si elle intervenait aussitôt après la contamination, puisque l'envahissement des ganglions par le tréponème débute dès la troisième heure.

L'utilisation, dans les deux ou trois heures qui suivent le contact suspect, de pommades prophylactiques, en massant pendant 10 minutes et sans oublier aucun repli, telles que : pommade au calomel au tiers de ROUX et METCHNIKOFF, a eu jadis d'heureux résultats. Aujourd'hui, l'incorporation d'arsenoxyde semble renforcer leur action. Quant aux pommades à base de pénicilline, elles provoquent trop souvent des accidents allergiques : balanite, vulvite, sensibilisation cutanée qui empêchent dans l'avenir l'emploi des antibiotiques.

b) TRAITEMENT ABORTIF GÉNÉRAL :

Depuis longtemps, H. GOUGEROT, devant l'inconstance des résultats du novarsenobenzol en tant qu'abortif, a conseillé le traitement arséno-bismuthique.

L'apparition de la pénicilline comme tréponémicide a donné de grands espoirs. Mais son action dépend du nombre de tréponèmes présents (F.-P. MERKLEN).

On s'accorde sur la dose de 6 millions d'unités de pénicilline suffisamment étalées dans le temps qui, selon les Américains, assurerait largement la prévention de la maladie, malgré les objections opposées à cette méthode, qui ne sont en réalité pas différents de ceux opposés aux techniques antérieures : la possibilité, par son insuffisance, d'entraîner une incubation prolongée ou une syphilis secondaire d'emblée.

La réalité, c'est que la remarquable activité de la pénicilline dans la syphilis précoce a retiré tout intérêt au traitement abortif.

II. — METTRE A L'ABRI D'UNE SYPHILIS TARDIVE

C'est là, le point délicat. C'est par un traitement adéquat de la syphilis récente que l'on peut espérer éviter la syphilis nerveuse.

Dans une étude de G. BOUDIN, en 1955, sur 200 cas de syphilis nerveuse, cet auteur a constaté qu'aucun n'avait été traité convenablement, avant l'ère antibiotique, il est vrai, au stade initial.

Depuis les antibiotiques, la situation est évidemment plus favorable, mais ALAJOUANINE et BOUDIN insistent sur ce fait que, si les traitements modernes arrêtent le processus tréponémique, ils n'arrêtent pas le processus anatomique; et cela explique l'existence, plus rare certes, mais encore non exceptionnelle, de la persistance de l'évolution en pareil cas. Il faut donc persister dans le traitement tant que la réaction lymphocytaire dans le liquide céphalo-rachidien n'est pas stabilisée.

III. — EN PRESENCE D'UNE SYPHILIS ANCIENNE

Les fortes doses de pénicilline renouvelées plusieurs fois à deux ou trois mois d'intervalle, sont préconisées aussi bien par les auteurs français que par les Américains. On les associe si besoin au cyanure de mercure et au stovarsol sodique. Les résultats sont assez satisfaisants puisque BOUDIN (1955), sur une série de 100 paralysies générales, compte 49 récupérations sociales avec retour à la normale.

Conclusions

La syphilis, aussi bien en France que dans tous les pays où les mêmes méthodes ont été employées, a diminué dans des proportions considérables depuis vingt ans. D'abord grâce à l'application systématique des mesures de dépistage, de prophylaxie et de traitements longtemps poursuivis et surveillés, qui furent l'un des plus beaux succès de la prophylaxie sociale entre les deux guerres. Ensuite grâce à l'avènement des antibiotiques.

Il y a trente ans, la syphilis était si répandue que beaucoup de médecins, et des plus érudits, « la voyaient partout » et lui attribuaient, souvent à juste titre, parfois avec exagération, toutes les manifestations cliniques dont une autre origine n'était pas nettement démontrée. Aujourd'hui, les services hospitaliers et les cabinets médicaux ne rencontrent plus de syphilis primaire ou secondaire que par exception.

Mais il serait imprudent de considérer la victoire comme complète et définitive. Il existe encore quelques régions, sur le globe, où persistent des foyers mal éteints. Il existe aussi des enfants d'anciens syphilitiques qui doivent retenir particulièrement notre attention, et des sujets âgés chez lesquels persistent des manifestations tardives, dont les plus fréquentes ont pour origine un foyer méningo-encéphalique, et qui constituent toujours une affection grave.

Dans ces conditions nouvelles, le problème se pose aujourd'hui sous trois aspects :

1. — Le traitement abortif, qui n'est efficace que s'il est appliqué dans les heures qui suivent la contamination, puisque l'envahissement des ganglions par le tréponème débute dès la

troisième heure. D'ailleurs, la remarquable activité de la pénicilline dans la syphilis précoce a fait passer au second plan le problème du traitement abortif, en pratique du moins.

2. — Mettre à l'abri d'une syphilis secondaire.

3. — Traiter une syphilis ancienne (paralysie générale, tabès, aortite) et s'efforcer de permettre au malade une récupération sociale voisine de la normale.

Dans ces deux derniers cas, la pénicilline ou ses dérivés, à hautes doses et longtemps renouvelée, associée si on le juge utile au mercure ou au stovarsol sodique, constituent la méthode actuellement adoptée. Elle est pertinente, puisque de récentes statistiques montrent qu'une récupération très voisine de la normale a été obtenue dans une proportion de l'ordre de cinquante pour cent.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DE GENNES

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

Bibliographie

- ALAJOUANINE (R.). — Un nouvel aspect de l'examen du L.C.R. in : (*Les Acquisitions Médicales Récentes*, Flammarion, éd. Paris.)
- AMYOT (R.). — Méningite syphilitique liée à une otite moyenne. (*Union Méd. du Canada*, décembre 1936, 65.)
- ARNAUD-BATTENDIER (A.). — La méningite hérédo-syphilitique. (Imprimerie Nord-Africaine, 8, rue Drouillet, Alger 1941.)
- BABONNEIX. — Neurosyphilis congénitale. (*Sem. des Hôp. de Paris*, octobre 1937, n° 13.)
- BOLCERT (M.). — Remarques actuelles sur la syphilis. (*Le Concours Médical*, 12 février 1955.)
- BENDA (C.E.). — Méningo-encéphalite syphilitique. (*Am. J. Psychiatr.*, mai 1940, 96.)
- BRISSAUD et MAILLEFER. — Sur la P.G. infantile. (*Arch. Médico-psychol.*, 9 décembre 1937.)
- BOUDIN (G.). — La syphilis nerveuse. (*Le Concours Médical*, 12 février 1955.)
- CARRERA (J.S.). — Syphilis congénitale. (*Prensa medica Argentina*, 25 octobre 1938.)
- DEBRÉ (R.), MARIE (J.) et GABRIEL. — A propos d'une observation. (*Soc. Pédiatrie Paris*, février 1936, 54.)
- DONNADIEU. — Méningite syphilitique avec manifestations mentales. (*Presse Méd.*, 22 juin 1938.)
- DUREL (P.) et BOREL (L.J.). — Quelques problèmes posés par la syphilis nerveuse. (*La Revue du Praticien*, 11 septembre 1957.)
- DUREL (P.). — Réflexions sur le traitement actuel de la syphilis. (*Gazette Méd. de France*, 1953, 61, p. 759.)
- GUILLAIN et PITON. — Méningite syphilitique aiguë. (*Soc. de Neurol.*, 9 janvier 1941.)
- HUBER (G.). — Existe-t-il des troubles psychiques après traitement pénicillé? (*Die Medizinische*, 1957, 12, p. 436.)

- JOULIA (P.) et TEXIER (L.). — Traitement de la syphilis récente. (*Revue du Praticien*, 11 septembre 1957.)
- KAHN (R.). — Méningite syphilitique avec manifestations oculaires. (*Archives Pédiatrie*, octobre 1938, 613.)
- LEMERE. — Valeur négative du Wassermann et syphilis du système nerveux central. (*Urol. and Cut. Rev.*, décembre 1940, n° 44.)
- LENÈGRE (J.) et HAZIM. — Les lésions aortiques et cardiaques de l'aortite syphilitique. (*Arch. Malad. Cœur*, 1943, p. 127.)
- LEREDDE. — Polymorphisme des accidents nerveux hérédo-syphilitiques. (*Soc. de Dermat. et Syphiligraphie*, 13 décembre 1923.)
- MERKLEN (F.P.) et MIKOI (Cl.). — Où en est la question du traitement abortif de la syphilis. (*La Revue du Praticien*, 11 septembre 1953.)
- MILLION. — Thérapeutique de l'hérédo-syphilis. (*Paris Médical*, 4 mars 1939.)
- MONNIER-VINARD et BRUNEL. — Un cas de pie mérite syphilitique aiguë. (*Soc. de Neurologie*, 6 février 1941.)
- NOBÉCOURT. — (*Revue gén. de Clin. et Thérap. Inf.*, avril 1933.)
- PACHECO E SILVA. — Neuro-syphilis congénitale. (*Revue Biol. et Méd.*, mars-avril 1940.)
- RAVAUT (P.). — Une nouvelle syphilis nerveuse. (*Pallas*, mars 1956, 56.)
- RAMOND. — Sur un cas de méningite syphilitique. (*Presse Méd.*, janvier 1936.)
- SCHULTE. — Neuro-syphilis et lésions du système neuro central. (*Ztsch. d. Ges. Neurol. und Psych.*, 1940, 169, 250.)
- SNEEDEN et HUNTER. — Méningite syphilitique aiguë, néphrite et myocardite. (*Urol. and Cutan. Rev.*, décembre 1940.)
- SELLEK AZZI et DEL FRADE. — Fausse hémolyse positive syphilitique. (*Arch. de Méd. Inf.*, (La Havane), 1940, 9 J.S.)
- TABERNAT (J.). — Traitement de la syphilis récente par la pénicilline. (*Gazette des Hôp.*, 25 octobre 1955.)
- TURQUETY. — Méningites puriformes aseptiques. (*Paris Médical*, 27 octobre 1954.)
- UHRY. — Méningite syphilitique simulant l'encéphalite léthargique. (*Annales Mal. Vén.*, janvier 1937.)
- WHELEN et BREE. — Clinical outcome in general paralysis of the insane and taboparesis. (*Lancet*, 1954, 266, p. 270.)

